

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 Juillet 1886, à une heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

J.-B. Gilbert RENARD

DE LA

CONTRACTURE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE

Président, M. le professeur DAMASCHINO.

Juges : MM. { RICHELLOT, professeur.
 DEBOVE, agrégé.
 HALLOPEAU, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement public.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY
13, rue de l'École-de-Médecine, 13

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886.

THÈSE

N°

282

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 Juillet 1886, à une heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

J.-B. Gilbert RENARD

DE LA

CONTRACTURE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE

Président, M. le professeur DAMASCHINO.

Juges : MM. { RICHELOT, professeur.
 { DEBOVE, agrégé.
 { HALLOPEAU, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement public.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, rue de l'École-de-Médecine, 13

1886

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550201_0018

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... **MM.**

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	DAMASCHINO.
Anatomie pathologique.....	GUYON.
Histologie.....	LANNELONGUE.
Opérations et appareils.....	CORNIL.
Pharmacologie.....	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.....	DUPLAY.
Hygiène.....	REGNAULD.
Médecine légale.....	HAYEM.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	TARNIEF.
Clinique médicale.....	LABOULBÈNE.
Clinique des maladies des enfants.....	VULPIAN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	G. SEE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	HARDY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	POTAIN.
Clinique chirurgicale.....	JACCOUD.
Clinique ophthalmologique.....	GRANCHER.
Clinique d'accouchements.....	BALL.
	FOURNIER.
	CHARCOT.
	RICHET.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
	PANAS.
	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GARIEL.	LUTZ.	RIBEMONT-
BOUILLY.	GUEBHARD.	PEYROT.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANOT.	POUCHET.	RICHET.
CHARPENTIER	HANRIOT.	QUINQUAUD.	ROBIN Albert.
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF,	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
chef des tra-	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
vaux anatomi-	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
ques.	LANDOUZY.	REYNIER.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA

CONTRACTURE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE

INTRODUCTION

Connue depuis qu'il existe une civilisation, comme l'a dit Briquet, l'hystérie a été l'objet, quant à sa nature, de toutes les hypothèses possibles. La théorie utérine, de toutes la plus ancienne, qui lui a laissé son nom, a subi elle-même bien des interprétations depuis l'interprétation célèbre d'Arrétée. Cet auteur, on le sait, voyait dans l'utérus de la femme un animal qui désire engendrer des enfants et qui, lorsqu'on ne lui donne pas une suffisante satisfaction, s'indigne parcourant le corps en tous sens et occasionnant toute espèce de malaises et de maladies. D'autres organes ont été inculpés : le foie, les intestins, les organes contenus dans la tête et le thorax, etc... Mais passons sur les théories diverses imaginées par les siècles écoulés, la nature véritable, de l'hystérie, étant encore à décrire. C'est que le microscope qui, en médecine a ouvert tant de voies fertiles n'a pu rien nous apprendre sur le substratum anatomo-pathologique de cette maladie. Toutefois nous ne sommes plus au temps de Sydenham qui rapportait à l'hystérie tout symptôme dont il ne comprenait pas la corrélation avec un état morbide connu. Nos idées sont aujourd'hui plus précises et l'on com-

mence à se mettre d'accord sur les limites des symptômes à donner à cette névrose.

C'est grâce aux travaux de M. le Professeur Charcot, à l'impulsion et à la direction données aux recherches de ses élèves que le champ séméiologique s'est enrichi de faits nombreux importants à connaître. C'est un de ces faits pris à part que nous voulons examiner dans notre travail et qui a pour objet la *contracture survenant chez des hystériques à la suite d'un traumatisme quelconque*.

Cette étude comportera six chapitres :

Chapitre I. Observations.

Chapitre II. Historique.

Chapitre III. Etiologie. — Symptomatologie.

Chapitre IV. Diagnostic Pronostic. Marche. Durée. Terminaison.

Chapitre V. Traitement.

Chapitre VI. Conclusions.

C'est à une leçon des plus intéressantes faite à l'hôpital St-Antoine par M. Dieulafoy qu'est due l'idée de ce travail. Nous sommes heureux de lui en faire le respectueux hommage. Pussions-nous ne pas être resté trop au-dessous de notre tâche et mériter ainsi l'extrême bienveillance que ce maître excellent n'a cessé de nous montrer dans le cours de nos études médicales

Que M. le professeur Damaschino qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien recevoir nos plus sincères remerciements.

CHAPITRE I

OBSERVATION I

(*Th. de Montpellier, 1865, par Crolas. — Obs. recueillie par M. le Dr Tessier, de Lyon.*)

Mlle X..., âgée de 16 ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, jouit habituellement d'une bonne santé.

A l'âge de 8 ans environ, elle fit une chute à la suite de laquelle elle éprouva une légère douleur dans le pli de l'aîne du côté gauche. Cette douleur ne fut accompagnée d'aucun engorgement de la hanche, elle dura peu de temps, mais depuis cette époque elle se reproduisit de loin en loin.

Au mois de février 1865, Mlle X..., alors en pension, fit une chute sur la hanche gauche qui ramena la douleur de l'aîne et détermina de suite un peu de gêne dans la marche. La malade fut immédiatement soumise au repos, à l'usage d'embrocation calmante, mais ces moyens restèrent tout à fait impuissants contre la douleur qui alla toujours en augmentant.

Trois semaines après, Mlle X..., ne pouvant marcher qu'avec les plus grandes difficultés, rentra dans sa famille où elle fut soumise à l'examen le plus attentif.

On constata alors que les mouvements de l'articulation coxo-fémorale étaient difficiles, surtout dans l'abduction et dans la flexion prononcée ; mais à ce moment il n'y avait ni raccourcissement du membre ni déformation de la hanche.

On diagnostiqua une arthrite légère et on appliqua un vésicatoire *loco dolente*, autour duquel on fit des frictions avec une pommade iodurée ; et un repos plus sévère fut encore prescrit.

Ce premier vésicatoire n'ayant produit aucun effet satisfaisant, on fit des badigeonnages avec la teinture d'iode, jusqu'à desquamation de la peau ; mais, au bout de six semaines, la maladie, loin de s'améliorer, sembla s'aggraver notablement ; le membre commença à se raccourcir, la hanche remonta en même temps qu'elle devint plus saillante ; l'épine iliaque s'éleva et la fesse s'aplatit.

En raison de cette aggravation, la médication fut rendue plus énergique : on appliqua de nouveaux vésicatoires autour de la hanche, et comme la malade avait 16 ans et qu'elle n'avait pas encore ses règles, on appliqua quelques sangsues en dedans de la cuisse douloureuse, dans l'espérance de favoriser l'apparition d'une fonction dont le retard pouvait augmenter la fluxion articulaire. Ce résultat fut obtenu : les règles apparurent, mais au bout de trois mois on était encore moins avancé sous le rapport de la maladie de la hanche. Les mouvements de la jointure se restreignaient de plus en plus ; l'épine iliaque remontait toujours ; la hanche semblait encore plus tuméfiée et le membre présentait un raccourcissement apparent de 5 à 6 centimètres. Il existait en plus une douleur assez vive au genou, comme on la rencontre souvent dans les coxalgies ordinaires.

Dans ces conjonctures, une consultation fut jugée nécessaire et composée de MM. les docteurs Teissier, Ollier et Datat d'Aix. Tous trois pensèrent qu'il y avait dans cette maladie deux éléments, un élément phlegmasique de la membrane synoviale de l'articulation, et un élément de contraction musculaire. Mais ce dernier élément fut considéré comme la conséquence du premier, et il parut évident que pour le traitement, il fallait s'occuper surtout de l'arthrite, dont les symptômes semblaient s'aggraver tous les jours.

En conséquence, on arrêta qu'on appliquerait encore deux nouveaux vésicatoires autour de la hanche, qu'on ferait des frictions avec une pommade d'extrait de ciguë hydrargyrée, qu'on placerait la malade dans une grande gouttière de Bonnet, pour immo-

biliser le bassin et le membre inférieur, et que plus tard on l'enverrait aux eaux d'Aix, en Savoie.

La première partie du traitement fut mise en pratique sans aucune difficulté et sans résultat; mais, au bout de dix jours, alors que la hanche paraissait le plus déformée, que le raccourcissement du membre était de 5 à 6 centimètres, et que les médecins avaient pris rendez-vous pour appliquer le bandage ami-donné, la jeune malade déclara qu'elle ne souffrait plus, qu'elle pouvait remuer facilement son membre, et qu'elle se sentait capable de marcher aisément. En effet, le lendemain, bien que depuis deux mois elle gardât le repos au lit, elle se leva quelques heures avant la visite du docteur Tessier, et quand celui-ci vint la voir, il la trouva debout, marchant librement dans sa chambre. L'examen du membre malade permit de constater que les chevilles et les épines-iliaques avaient repris leur niveau, que le raccourcissement avait cessé, ainsi que la déformation de la hanche.

A partir de cette époque, Mlle X.... a continué à se lever chaque jour et a pu faire des promenades assez longues.

OBSERVATION II

(Union médicale 1876, *T. I*, page 511, due à M. Decaisne, interne de M. Trélat, Hôpital de la Charité.)

Le 8 janvier 1876 entrant dans le service de M. Trélat, à la Charité, salle Ste-Rose, n° 1, une femme âgée de trente-deux ans, cuisinière, robuste en apparence, et offrant tous les attributs d'un tempérament sanguin. Quatre jours avant son admission à l'hôpital, elle avait fait une chute dans un escalier. Aussitôt elle avait éprouvé une vive douleur dans la hanche droite, et bientôt la marche lui était devenue impossible. En l'examinant le 8 janvier, à la visite du soir, nous pûmes constater les symptômes suivants :

— Le membre inférieur droit était placé dans une rotation

Renard.

2

complète en-dedans. La jambe était fléchie sur la cuisse, et la cuisse modérément fléchie sur le bassin. Si l'on cherchait à corriger quelque peu cette position vicieuse, la douleur arrachait à la malade des cris perçants. Il en était de même lorsqu'on exerçait la moindre pression sur un point quelconque de la hanche ou du pli de l'aîne. Les mouvements spontanés du membre étaient possibles, mais très limités et très douloureux. Quant aux mouvements communiqués, ils étaient possibles dans tous les sens, sans autre obstacle qu'une contraction musculaire intense, et sans laisser percevoir la moindre crépitation. Il n'y avait, d'ailleurs, ni raccourcissement, ni gonflement, ni déformation, ni ecchymose dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale. Mais les muscles de la masse sacro-lombaire étaient fortement contracturés, de sorte que la partie inférieure du tronc était soulevée et ne reposait pas sur le plan horizontal.

A côté de ces phénomènes aigus de date récente, la malade en présentait d'autres sur lesquels elle appela bientôt notre attention. En effet, l'abdomen était considérablement distendu dans tous les sens et formait en avant une saillie des plus marquées. Il était douloureux à la pression, et la percussion y révélait une matité prédominant dans la fosse iliaque droite, mais limitée aux régions inférieures. A gauche, dans le voisinage de l'ombilic, on percevait une sensation de fausse fluctuation, d'ailleurs peu nette et ne se transmettant pas de l'autre côté de l'abdomen. Dans la fosse iliaque droite, en déprimant fortement la paroi abdominale, on trouvait une sorte d'empâtement diffus, sans limites ni caractères bien accusés.

Le toucher vaginal ne donna que des résultats négatifs. L'utérus était parfaitement mobile. Le col, entr'ouvert laissait pénétrer une partie de la phalange de l'indicateur. Le cul-de-sac vaginal droit était le siège d'une douleur assez vive, mais il n'était pas possible de songer, après cet examen, à l'existence d'une tumeur intra-pelvienne. Les règles étaient supprimées depuis huit mois. Depuis quatre mois il y avait rétention d'urine absolue et

constipation. Les limites du foie étaient normales. La rate, le cœur et les poumons étaient tout à fait sains.

Antécédents de la malade. — Régliée à l'âge de dix-huit ans, elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'époque à laquelle remontent les premiers accidents qu'elle a éprouvés du côté de l'abdomen. Il y a quatre ans elle reçut dans le ventre un coup de pied au sixième mois d'une première grossesse. Elle était âgée alors de 28 ans. A partir de ce moment elle éprouva dans la fosse iliaque droite une douleur qui a subsisté depuis, sans interruption, avec des exacerbations de temps à autre. L'accouchement se fit cependant à terme, mais l'enfant vint au monde mort, par suite d'un enroulement du cordon autour du cou. Peu de temps après ce premier accouchement, le ventre devint de plus en plus douloureux, et augmenta rapidement de volume. Il y a deux ans et demi, à la suite de l'application d'un grand nombre de vésicatoires il se déclara une cystite violente, bientôt suivie d'une rétention d'urine qui dura quinze mois, et pour laquelle le cathétérisme fut pratiqué pendant tout ce temps, chaque jour, matin et soir. C'est ici que commence l'histoire d'une série de ponctions abdominales, dont l'authenticité ne trouve d'autres garanties que dans le témoignage de la malade.

Première ponction quatre mois après le premier accouchement. Ponction n'ayant donné issue qu'à des gaz (?).

Deux mois après trois ponctions le même jour, sans résultat.

Un ou deux mois après nouvelle ponction donnant un peu de liquide.

Depuis cette époque, plusieurs autres ponctions sans résultat.

Il y a environ deux ans, ponction dans le cours du cinquième mois d'une seconde grossesse. Kyste d'un litre de liquide environ.

Enfin il y a un an et demi, dernière ponction, six mois après le dernier accouchement qui s'est fait au huitième mois. Pas de résultat, du reste.

En présence de ces renseignements si étranges M. Trélat pensa qu'il pouvait bien avoir affaire ici à une hystérique. Cependant,

vu les phénomènes réellement graves qu'on avait sous les yeux, un examen plus complet était nécessaire avant qu'on pût se croire autorisé à porter un diagnostic définitif. La malade n'avait nullement les apparences d'un tempérament nerveux. C'était, au contraire, une femme joufflue, au teint coloré, fortement musclée et peu impressionnable. Jamais elle n'avait eu d'attaques de nerfs, et il était impossible de retrouver dans ses antécédents la moindre trace de ces sensations bizarres si caractéristiques de l'hystérie. L'exploration de la sensibilité fournit pourtant quelques indications. Il n'y avait pas d'hémianesthésie à proprement parler; mais la sensibilité était manifestement diminuée du côté gauche et cela aussi bien sur les membres qu'au niveau de la cornée. Pendant les premiers jours on s'en tint au premier examen. Des ventouses scarifiées furent appliquées sur la hanche. Cataplasmes laudanisés, opium, lavements, chloral, purgatifs, tout fut mis en usage, mais en vain. La douleur, le gonflement abdominal, la position vicieuse du membre inférieur droit, tout cela persistait sans aucune amélioration appréciable. Il en était de même de la rétention d'urine qui nécessitait le cathétérisme matin et soir. Ce cathétérisme était très douloureux. Les urines étaient tantôt parfaitement claires, tantôt troubles; quelquefois même les mucosités obstruaient la sonde. Il y avait bien évidemment un certain degré de cystite chronique, avec une exacerbation momentanée se rattachant probablement au choc éprouvé par la malade dans sa chute récente.

Le 13 janvier M. Trélat se décida à employer le chloroforme. A peine la période de résolution fut-elle arrivée, que le membre dévié reprit spontanément une position parfaitement normale. On put alors imprimer à l'articulation coxo-fémorale les mouvements les plus étendus dans tous les sens, sans y découvrir la trace d'aucune altération accidentelle ou pathologique.

En même temps, le ventre s'était affaissé comme par enchantement; et l'on put explorer l'abdomen jusque dans ses parties les plus profondes, sans constater autre chose que l'intégrité la plus complète de tous les organes.

La malade resta quelques minutes dans la résolution. Puis, à mesure que l'influence de l'agent anesthésique diminuait, on vit reparaitre successivement tous les symptômes décrits plus haut ; et, avant même que l'intelligence fut revenue la contracture apparaissait de nouveau, la cuisse se replaçait dans la rotation en dedans, et l'abdomen avait repris son volume primitif.

La malade a séjourné plus de six semaines dans le service.

Pendant plus d'un mois il a fallu la sonder matin et soir. Enfin, sous l'influence des calmants, des injections hypodermiques et des pointes de feu, la situation s'est améliorée peu à peu. Vers le commencement de février elle commençait à uriner seule. Quelques jours après elle pouvait se lever un peu dans la journée. Enfin, vers le 20 février elle était en état de partir pour le Vésinet. Les douleurs avaient alors disparu, mais le ventre était toujours ballonné, et le membre inférieur droit était encore dans une rotation en dedans assez marquée.

OBSERVATION III

(Lasèque. — *Des hystéries périphériques.* — *Arch. génér. de Médecine*, juin 1878).

Mlle X... a 14 ans, elle est robuste d'aspect, d'une constitution lymphatique florissante. Ses règles ont apparu deux ou trois fois, à des périodes inégales, sans malaises généraux, mais avec quelques indécisions de caractère. Un jour, pendant une récréation, dans le couvent où elle est élevée et où elle est comptée parmi les meilleures élèves, une camarade lance au hasard une poignée de sable. La jeune fille en reçoit quelques grains dans l'œil droit.

Il résulte de ce traumatisme insignifiant une conjonctivité également insignifiante, du larmolement, de la rougeur des paupières qui dure quelques heures à peine. Le lendemain, en se réveillant, la malade est prise d'une contracture qui l'empêche absolument d'ouvrir les paupières du côté droit. Le spasme tonique n'a pas

été précédé de mouvements cloniques. La douleur a disparu, mais la contraction persiste et se prolonge pendant quatre mois !

L'enfant est ramenée dans sa famille, aucune des médications essayées et condamnées d'avance n'amène d'effets utiles. Le blépharospasme cesse une nuit pour ne plus reparaitre. Il est survenu depuis des incidents hystériques inutiles à rappeler.

Si on essayait, sans y réussir le plus souvent, d'écarter les paupières, on ne provoquait pas de souffrance, l'œil avait son aspect normal et l'a toujours conservé.

OBSERVATION IV

(Lasègue, *Des hystéries périphériques*. — *Arch. génér. de médecine*, juin 1878).

Mlle X..., créole, 12 ans, réglée depuis l'âge de 9 ans, petite, brune, bien conformée et présentant tous les attributs d'une puberté complète. Réglée assez irrégulièrement depuis son arrivée en France, où elle habite avec son père veuf et une sœur aînée qui pourvoit aux soins de son éducation.

La première manifestation hystérique se produit dans les circonstances suivantes : En descendant l'escalier de sa maison, elle aurait fait un faux pas et ressenti comme un tiraillement dans la hanche. Quoiqu'il en soit, elle ne jugea pas nécessaire de se reposer et fit une assez longue course à pied sans se plaindre.

Le soir, elle accusa une douleur plus vive, et au bout de deux ou trois jours se déclara incapable de mouvoir la cuisse gauche. On espéra qu'un court séjour au lit suffirait à la guérison. Tout au contraire, et bien que la douleur fut notablement atténuée, la cuisse resta dans un état de contracture avec flexion sur le tronc, rétraction du genou, impossibilité d'allonger le membre ni le jour ni la nuit pendant le sommeil. Un chirurgien éminent appelé crut à l'existence d'une coxalgie, et il faut convenir que l'examen local paraissait justifier ce diagnostic. On ordonna l'immobilisation du

membre. L'enfant fut transportée dans un coupé-lit au bord de la mer et guérit subitement après trois mois de maladie, n'ayant en réalité fait aucun traitement actif.

Près d'une année s'écoula sans accidents. Une attaque convulsive de la grande espèce vint à se produire sans cause appréciable, au moins sans confiance faite par la malade intellectuellement très développée. Elle fut suivie de convulsions cloniques, à invasion périodique, occupant les deux bras, se traduisant par les contorsions les plus étranges que les acteurs des cirques aient enviées.

Nouvelle suspension d'environ six mois, guérison apparente. Nouvelle douleur après ce laps de temps dans l'articulation coxo-fémorale gauche. La crise de contracture se reproduit identique à la première, mais cette fois on est averti, et mon avis absolu est de s'abstenir de toute médication topique. La contracture se prolonge pendant quatre mois, on se décide à un second séjour au bord de la mer, et l'enfant guérit spontanément au bout de deux mois. Elle a 20 ans aujourd'hui, est restée de petite stature et n'a d'autres accidents que des névralgies mobiles.

OBSERVATION V

(Extrait d'une leçon de M. Charcot à la Salpêtrière en décembre 1877. — Progrès Médical 4 mai 1878).

Vers le milieu du mois d'avril 1877. Mlle X..., en tombant de sa hauteur, se heurta le dos de la main droite contre un tabouret. Il s'en suivit une douleur assez vive et un peu de gonflement. Deux ou trois jours après, le petit doigt de cette main commença à se fléchir d'une façon permanente, puis la flexion gagna successivement les autres doigts, et le pouce s'appliqua sur l'index et l'annulaire. A partir de cette époque le poing reste fermé constamment, jour et nuit, même pendant le sommeil le plus profond, contrairement à la remarque faite par Brodie dans plusieurs cas de

ce genre. La flexion des doigts est tellement prononcée que la réduction est à peu près impossible, et que l'on est forcé d'interposer un linge, pour empêcher les ongles de blesser la paume de la main. Les tentatives de réduction, faites à plusieurs reprises, ont toujours été suivies d'une aggravation de la contracture. Les choses étaient exactement dans le même état, le 31 mai, c'est-à-dire six semaines après l'accident, alors que M. Charcot vit la malade en consultation avec M. le professeur Richet et M. le docteur de Vailly. On constate ce jour-là que le poing est comme d'habitude énergiquement fermé, que le poignet est rigide lui aussi, comme les doigts, qu'enfin il existe une anesthésie complète occupant la main droite le poignet et remontant jusqu'à la limite supérieure de la moitié inférieure de l'avant-bras, aussi bien en avant qu'en arrière. Le coude ne participe pas à la contracture.

Mlle X n'a jamais éprouvé d'attaques de nerfs. Elle est calme, d'un caractère égal, plutôt enjoué ; rien n'est changé dans sa manière d'être. Il n'existe chez elle aucune trace de douleur ovarienne. Deux fois les règles se sont montrées depuis le début de la contracture, sans incident particulier. Pas de modifications quelconques de la sensibilité en dehors des parties où l'anesthésie a été constatée.

Cinq jours après la consultation, sans l'intervention d'aucune circonstance digne d'être notée, la main de Mlle X..., s'est ouverte tout-à-coup et a récupéré tous ses mouvements.

OBSERVATION VI

(Extraite d'une leçon de M. Charcot à la Salpêtrière, en décembre 1877. — Progrès médical, 4 mai 1878).

Le 17 avril 1877, la nommée Hortense X..., âgée de 27 ans, eut l'avant-bras droit serré entre un mur et un plateau tournant, sur lequel reposent les glaces à polir. Il s'ensuivit immédiatement

sur la partie soumise à la pression une assez vive douleur, un gonflement avec ecchymose, mais pas de plaie. H... assure que, quelques instants après l'accident, une contracture dans la demi-flexion commença à se produire dans l'annulaire et le petit doigt de la main droite. Les jours suivants, les trois autres doigts de la même main furent envahis à leur tour par la contracture. Sous l'influence des résolutifs, le gonflement et l'ecchymose disparurent bientôt, mais la douleur et la contracture persistant, la malade se décida à entrer à l'hôpital, service chirurgical de M. le Dr Leroy des Barres.

Au moment de l'admission qui eut lieu le 13 juin 1877, c'est-à-dire deux mois environ après l'accident, on constate ce qui suit : Les quatre doigts internes de la main droite sont légèrement fléchis dans l'articulation métacarpo-phalangienne de manière à former avec la paume de la main, un angle obtus d'environ 130° à 150°. Les deux dernières phalanges de ces mêmes doigts sont rigides, dans l'extension. Le pouce, quoique jouissant d'une certaine mobilité, n'est pas lui-même complètement libre : le poignet est rigide lui aussi ; en somme l'attitude rappelle celle de la main tenant méthodiquement une plume à écrire. Dans toute l'étendue du bras, de l'avant-bras et de la main, il existe, d'une façon permanente, une douleur qui s'exaspère de temps à autre spontanément. La douleur s'exaspère toujours et devient atroce lorsque la malade essaie d'exécuter un mouvement et aussi lorsqu'on vient à exercer la plus légère pression sur un point quelconque du membre. Elle est surtout vive lorsque la pression a lieu sur la face antérieure de l'avant-bras, particulièrement sur le trajet du nerf médian. Si l'on insiste, il s'ensuit une sorte de crise nerveuse qui, plusieurs fois, a amené une perte de connaissance. Il n'y a ni rougeur, ni tuméfaction des parties douloureuses : l'ecchymose a depuis longtemps disparu.

La douleur exquise produite par les moindres contacts, rendant impossible toute exploration un peu approfondie du membre, on se décide, cinq ou six jours après l'admission, à soumettre la malade à l'action du chloroforme. L'exploration pratiquée alors que

le sommeil est devenu complet, ne fait rien découvrir qui puisse rendre compte de douleurs si vives. On remarque que bien que le sommeil provoqué soit très profond, les parties contracturées n'entrent pas dans un état de résolution complète ; à la vérité, on peut, non sans effort toutefois, étendre les doigts complètement ou les fléchir, mouvoir le poignet dans toutes les directions ; mais à peine abandonne-t-on ces parties à elles-mêmes qu'elles reprennent leur attitude première.

Tous ces accidents, douleur et contracture, avaient persisté jusqu'au commencement du mois d'août sans modification quelconque, lorsque, un des premiers jours de ce mois, sans cause appréciable, la contracture disparut brusquement, en même temps que la douleur ; il était survenu une paralysie complète portant à la fois sur le sentiment et sur le mouvement, et occupant, dans toute son étendue, le membre supérieur droit, où existe désormais une résolution complète. On s'aperçoit bientôt après que le membre inférieur du même côté est lui aussi paralysé du mouvement, comme le supérieur, mais à un moindre degré cependant, bien que l'anesthésie y soit tout aussi complète. Cette dernière circonstance donne l'idée d'explorer l'état de la sensibilité dans toute l'étendue du corps ; et l'on constate alors qu'il existe chez la malade une hémianesthésie droite, absolue, complète, portant à la fois sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux, vision et odorat y compris. On reconnaît aussi dans la région ovarienne droite, l'existence d'une douleur très accentuée que la malade n'avait pas accusée jusque-là.

A partir de cette époque, un grand nombre d'autres accidents hystériques se manifestent successivement ; l'hémianesthésie persistant telle quelle, ainsi que l'ovarie, sans variation : un jour, c'est une forte dyspnée, une respiration anhéante avec menace de suffocation ; un autre jour, ce sont des douleurs partant de la région précordiale et s'irradiant vers l'épaule gauche ; un autre jour enfin, il y a rétention d'urine. Pendant plus d'un mois, la malade a vomi après tous ses repas ; ce qui ne l'empêche pas de con-

server un certain embonpoint. Il n'a jamais existé d'attaques hystéro épileptique régulière.

Il est très important de remarquer que H. . . , réglée à 18 ans, mariée à 20 ans et bientôt mère de deux enfants, n'avait jamais éprouvé de maladie sérieuse, jusqu'à l'époque où s'est produit l'accident qui l'a amenée à l'hôpital de Saint-Denis. Elle était très nerveuse, très irritable, mais jamais il ne s'était produit chez elle d'accidents à proprement parler hystériques.

Les phénomènes précédemment décrits : l'hémianesthésie, l'anesthésie, la paralysie, l'ovarie, les spasmes divers, etc. . . persistaient encore le 24 octobre, époque à laquelle M. Charcot grâce à l'obligeance de M. Leroy des Barres put examiner la malade.

OBSERVATION VII.

Charcot. — Maladies du système nerveux, t. III, fascicule I, page 38.

B. . . , grosse fille, âgée de 34 ans. Depuis 12 ans, dans la division des épileptiques où elle appartient à la catégorie des malades que l'on désigne sous le nom d'*hystéro-épileptiques à crises distinctes*.

Attaques d'hystérie, fréquemment suivies de contracture du membre inférieur droit pendant quinze jours, un mois, etc. Hémianesthésie et ovarie droite.

Depuis cinq ou six ans, disparition presque complète des phénomènes hystériques, mais persistance des crises d'épilepsie qui tendaient à diminuer, sinon d'intensité, du moins de nombre.

Le 16 mai (1883), il y a cinq jours, B. . . se rendait comme d'habitude, à l'atelier où elle travaille, elle n'avait présenté rien de particulier les jours précédents ; par maladresse, et sans avoir éprouvé aucun étourdissement, aucun vertige, elle fit un faux pas dans l'escalier, tomba lourdement sur le côté gauche et glissa comme une masse inerte sur une dizaine de marches. Deux de ces

compagnes la relèvent aussitôt ; elle ne s'était pas fait grand mal et aujourd'hui, après cinq jours, la seule trace de la contusion consiste en une ecchymose qui couvre la malléole externe du côté gauche.

Mais, immédiatement après la chute, la marche était devenue très difficile, et la raison de cette difficulté était dans l'existence d'une rigidité survenue dans toutes les jointures (hanche, genou, cou-de-pied) du membre inférieur gauche, qui avait supporté le choc.

Vu le lendemain matin par M. Charcot qui la trouve dans le même état qu'aujourd'hui.

Etat actuel. — La malade est présentée couchée sur le côté droit. Le membre inférieur gauche est rigide au niveau du genou, au niveau du cou-de-pied. L'extension et la flexion sont également impossibles. La résistance est égale, quel que soit le sens dans lequel on veut agir. Les muscles fléchisseurs et extenseurs sont les uns et les autres en action. La cuisse et la jambe sont étendues ; le pied est dans la flexion plantaire, par suite de l'action prédominante des jumeaux ; en d'autres termes les trois segments du membre sont en ligne droite, le pied offrant la position du pied-bot équin direct. En outre ce membre a subi dans l'articulation de la hanche un mouvement de torsion par suite duquel la rotule et la pointe du pied regardent presque directement en dedans. D'ailleurs, aucun gonflement, aucune douleur articulaire, rien qui rappelle la chute, si ce n'est l'ecchymose au voisinage de la malléole externe.

On a recherché si d'autres stigmates de l'hystérie ne s'étaient pas manifestés chez elle à la suite du choc traumatique en même temps que la contracture. En effet, l'hémi-anesthésie, qui occupait autrefois le côté droit n'existait plus depuis quelques années ; elle a reparu, mais elle occupe le côté gauche, le côté où a porté le choc et où s'est faite la contracture.

L'anesthésie occupe tout le côté gauche, les membres, le tronc, la face à l'exception des parties qui avoisinent les organes des sens. Pas d'ovarie.

Rien autre à signaler si ce n'est l'insomnie qui dure depuis cinq jours et l'apparition des règles venues en leur temps depuis deux jours.

Cinq ou six semaines après, M. Charcot représente la malade à son auditoire. — L'hémianesthésie persiste encore à un certain degré, mais la contracture a disparu. Les règles sont revenues, mais les crises hystériques sur lesquelles on comptait ne sont pas survenues. Trois crises seulement se sont produites et présentent toutes le caractère épileptique; elles ont eu lieu la nuit sans phénomènes prémonitoires, avec perte de connaissance complète, morsure de la langue, etc.; mais sans aucune influence sur la rigidité des membres. On essaye alors d'appliquer l'aimant au voisinage du membre contracturé. Divers incidents se sont produits à la suite desquels la rigidité du membre a cédé.

OBSERVATION VIII

(*Charcot, Mal. du syst. nerveux*, t. III, fasc. I, page 117).

Homme de 34 ans, forgeron, père de quatre enfants, assez robuste, sans aucun attribut de féminisme. Aucun antécédent héréditaire ou personnel d'ordre névropathique, aucune émotion morale qui puisse être invoquée comme cause de la maladie actuelle, rien, si ce n'est une influence traumatique, une brûlure. Le 26 juin dernier, une barre de fer rougie à blanc avait touché son avant-bras et sa main gauche. La brûlure, quoique peu profonde, mit six semaines à guérir, et aujourd'hui il reste une plaque rouge violacée de 3 à 4 centimètres de large sur 10 à 12 de hauteur, occupant la partie inférieure de l'avant-bras et le dos de la main. L'accident n'a pas causé trop d'émotion, paraît-il. D'autre part, la contracture n'a pas suivi immédiatement l'action traumatique; elle ne s'est développée que d'une manière graduelle. Quelques heures après l'accident, dit-il, son bras était lourd, ses doigts difficiles à remuer, comme engourdis; mais pour ce qui est de la contracture,

c'est sans intervention d'une cause nouvelle qu'elle s'est produite seulement sept semaines après.

C'est le 15 août qu'il sentit des douleurs dans le bras, il ne dormit pas ; et le lendemain sa main présentait l'attitude caractéristique de la griffe înterosseuse. Le pouce était libre. Puis, le lendemain, la flexion des doigts existait ; enfin le pouce s'applique à son tour contre les autres doigts. Et dans ces divers temps, on voit se produire successivement la flexion du poignet et la pronation de l'avant-bras.

La contracture est tellement prononcée qu'elle résiste à toute tentative de réduction, et que depuis trois mois elle n'a pas cessé d'exister non seulement le jour, mais même pendant la nuit. L'épaule et le bras sont libres, l'avant-bras est plutôt dans la pronation. La main est fléchie sur l'avant-bras ; les quatre doigts sont fléchis de telle façon que les ongles s'impriment dans la paume de la main. Les doigts sont énergiquement serrés les uns contre les autres et le pouce lui-même est fortement appliqué contre la face externe de la deuxième phalange de l'index.

C'est bien une contracture hystérique. En effet, M. Debove, au service duquel appartient le malade, a constaté le 1^{er} octobre, et M. Charcot huit jours plus tard : 1^o une hémianalgésie gauche, la piqûre ne provoque pas de douleur, mais une simple sensation de contact ; le froid est bien moins perçu dans toute la moitié gauche du corps ; 2^o une obnubilation très marquée du goût, de l'ouïe, de l'odorat, également du côté gauche. Champ visuel rétréci des deux côtés, mais surtout à gauche ; pas d'achromatopsie, pas de dyschromatopsie ; 3^o absence complète de zone hystéro gène.

Tel était l'état du malade le 7 octobre.

Depuis lors, de légères modifications sont survenues. Un aimant a été appliqué du côté de la contracture, sans transport au membre supérieur droit. La sensibilité est revenue au front, à la tête, au bras, mais non à la main et au poignet. Sur ces entrefaites, pour des raisons spéciales, le malade a quitté le service de M. De-

bove, puis y est revenu. Nouvelle application de l'aimant qui a amené alors la disparition de l'insensibilité de la main et a provoqué un engourdissement et un commencement de rigidité de la main du côté opposé.

Enfin la contracture aujourd'hui persiste seule, l'hémanesthésie a complètement disparu ; il existe seulement dans la partie contracturée un sentiment de crampe pénible qui trouble quelquefois son sommeil.

L'application de l'aimant est continuée, mais elle n'a d'autre résultat que de ramener la sensibilité dans le membre contracturé. Le malade dès lors est en proie à des douleurs extrêmement vives, siégeant dans l'avant-bras et dans la main, dues en partie à la pénétration des ongles dans les chairs, mais aussi dans une certaine mesure à la contracture elle-même, car les muscles fléchisseurs surtout étaient très sensibles (ces douleurs spontanées avaient déjà été notées, quoique moins intenses, quand le malade était anesthésique). Comme il réclame avec insistance une intervention chirurgicale, préférant subir l'amputation que de supporter plus longtemps ses douleurs, M. Charcot a recours à l'élongation du nerf médian. Cette opération est pratiquée le 26 décembre par M. Terrillon, à la partie supérieure du bras. Le nerf médian, soulevé sur une sonde cannelée est, à deux reprises, éloigné de 8 cent. environ de sa position naturelle.

En sortant du sommeil chloroformique, le malade éprouve dans l'avant-bras et la main des fourmillements accompagnés de douleurs, la contracture semble persister. Après un sommeil de trois ou quatre heures, il se réveille sans douleurs dans l'avant-bras et la main ; la contracture a à peu près complètement disparu, cependant les doigts ne peuvent pas être étendus tout à fait. La situation s'est un peu améliorée depuis, mais cependant l'extension des premières phalanges est encore incomplète, ce qui semble dû à une rétraction des parties fibreuses ; d'ailleurs la contracture est remplacée par une parésie des muscles primitivement atteints. Dans la leçon du 12 janvier suivant, en montrant le malade guéri, M. Charcot a fait remarquer que, outre cette rétraction des parties

fibreuses qu'on observe quelquefois à la suite des contractures hystériques de longue durée, il existe un état lisse particulier de la peau de l'extrémité des doigts et en particulier de l'index qui semble effilé en fuseau.

OBSERVATION IX.

(*Charcot-Mal. du syst. nerveux, T. III. fascic. I, page 98*).

Jeune fille de 16 ans environ, d'apparence délicate. Physionomie assez calme et ne présentant rien de bien particulier — maintenant orpheline. Recueillie à 11 ans, à la suite de la mort de sa mère, survenue en conséquence de la phthisie pulmonaire, dans une maison dirigée par des religieuses. Son père a succombé à l'asile d'aliénés d'Orléans, où il a vécu trois ans, — mort très probablement de paralysie générale progressive. Un de ses frères, âgé de 13 ans, recueilli dans une maison de secours, est à peu près idiot.

Antécédents personnels de la malade. — Une bronchite assez grave d'une durée de trois mois. Absence bien constatée, soit dans le présent, soit dans le passé, des phénomènes de l'hystérie convulsive. Paraît ignorer absolument la boule hystérique, les spasmes, les convulsions.

Etat actuel. — Déformation de la main gauche qui représente une véritable main-bot. Cette déformation dure depuis un an ; depuis ce temps elle a été permanente sans cesse, ni trêve, excepté pendant une période de deux mois où elle a été atténuée sous l'influence d'un traitement.

Le poignet est libre de même que les autres articulations du membre supérieur. La déformation est donc limitée à la main. Les premières phalanges sont fléchies sur le métacarpe, les autres phalanges ne présentent qu'un léger degré de flexion. Les doigts, ainsi fléchis dans leur ensemble, sont serrés les uns contre les autres et forment une sorte de cône dont le sommet répond à l'extrémité des dernières phalanges. Le pouce, dans l'adduction est lui-même fortement appliqué contre l'indicateur.

La main déformée est plus froide que l'autre et offre une teinte bleuâtre assez marquée, dénotant un trouble manifeste des vaso-moteurs, atrophie ou plutôt émaciation légère de la main et des autres segments du membre. L'avant-bras et le bras ont environ un centimètre de moins en circonférence que du côté opposé; c'est un amaigrissement dû au repos prolongé et non une atrophie musculaire véritable. En outre, diminution de la sensibilité générale et spécialement sur toute la moitié du corps, du côté de la déformation.

Cette contracture est permanente : on la retrouve matin et soir et elle persiste pendant le sommeil.

Les circonstances au milieu desquelles cette attitude vicieuse s'est produite sont les suivantes : Il y a plus d'un an, le 2 novembre 1881, la malade, en cassant un carreau, se fit sur le dos de la main, au niveau du deuxième métacarpien, une plaie insignifiante qui fut cicatrisée au bout de 4 ou 5 jours. C'est ce traumatisme léger qui détermina la contracture dont le début fut soudain et sans douleur.

Si les attaques font défaut chez cette malade elle présente cependant nombre de troubles nerveux qui constituent autant de stigmates caractéristiques de l'hystérie. En effet, *ovarie* gauche, *hémianalgésie* gauche, occupant non seulement la main, mais les deux membres, le tronc, la tête ; la malade n'est pas affectée par la faradisation de la peau. En outre hémianesthésie sensorielle.

OBSERVATION X

(*Mossé, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. L'hystérie chez l'homme, 1883*).

X..., âgé de 15 ans, d'un naturel très irritable, n'a jamais eu d'attaques convulsives. Mère lymphatique, antécédents héréditaires tuberculeux du côté paternel.

Le 4 janvier 1883, tandis qu'il jouait au ballon, un faux mou-
Renard. 4

vement dans lequel il déploie une force considérable pour rattrapper le ballon, entraîne une chute; il tombe sur la hanche, perd connaissance, et, quand il revient à lui, il ne peut marcher. On est obligé de le reconduire chez lui en voiture.

Trois jours après l'accident, M. Saint-Hubert Serre, appelé auprès du malade, constate : 1° une luxation du cartilage de la onzième côte; 2° une rétraction du membre traumatisé tenu dans la demi-flexion; douleur très vive au niveau de l'épique iliaque antérieure et supérieure avec irradiation dans tout le côté externe de la cuisse et le genou. La marche est impossible; l'enfant appuie à peine par terre le bout du pied: c'est à peine si, au prix d'assez vives douleurs, il peut faire quelques pas en s'appuyant sur le bras d'un de ses parents. Sous l'influence d'un traitement anti-spasmodique et du massage, la situation change peu, la marche reste toujours à peu près impossible, le membre contracturé offre toujours une grande rigidité. L'enfant appuie cependant l'avant-pied par terre et il lui est possible de faire quelques pas appuyé sur un membre de sa famille. L'exploration du membre occasionne toujours beaucoup d'appréhension au patient, à cause de la douleur qu'il entraîne.

M. Saint-Hubert Serre recommande d'essayer la gymnastique. Le 10 février, le malade se lève, et à peine s'est-il étendu pour faire un mouvement devant une échelle, que la contracture, qui était quelques secondes auparavant ce que nous avons dit plus haut, disparaît subitement et l'enfant s'écrie: « Je suis guéri! » La famille, enchantée de ce résultat, le conduit chez M. Serre, devant lequel le jeune malade saute en signe de contentement; il descend l'escalier sans aucune gêne et se rend ensuite, traversant la moitié de la ville, chez son professeur.

La guérison, malheureusement, ne persiste que peu de jours et les mêmes accidents se reproduisent. Le 23 février, l'enfant assistait chez une de ses tantes à une fête donnée en l'honneur de sa guérison; il tombe accidentellement sur le côté qui avait été contracturé, et la contracture se reproduit, immobilisant de nouveau

le membre dans la même situation où il était peu de jours auparavant. On ramène l'enfant chez lui, et c'est de nouveau dans son ancienne situation que M. Serre revoit le malade le 24 février.

Le 25 février, la contracture avait de nouveau disparu subitement, à la suite de la même manœuvre pendant laquelle elle avait disparu une première fois.

Le 26, l'enfant est *aphasique*, mais le trouble de la parole cède rapidement. Depuis cette époque, M. Serre n'a pas revu l'enfant, mais il a appris qu'il avait eu divers autres troubles nerveux.

La sensibilité ne paraissait pas atteinte, mais elle n'a été examinée que d'une manière superficielle, de sorte qu'il n'est pas possible de dire s'il existait ou non une héli-anesthésie sensitivo-sensorielle.

OBSERVATION XI.

(Due à l'obligeance de M. Legrand, interne des hôpitaux).

Marguerite M... âgée de 19 ans, couturière, entrée le 22 avril 1885, dans le service de M. Dieulafoy à l'hôpital St-Antoine, salle Barth, lit n° 14.

Antécédents héréditaires. — Grand-père mort en trois jours d'une hémorrhagie cérébrale.

Père non alcoolique, pas d'état nerveux, mais maladie de poitrine probable.

Mère a été nerveuse.

Frères et sœurs. — Reste seule de 7 enfants.

Un mois avant son entrée a perdu un frère de 4 ans et demi, après une maladie durant laquelle il a présenté de la fièvre, de la paraplégie, un amaigrissement considérable, probablement méningite, car il a eu du strabisme et des convulsions.

Presque en même temps une sœur de 2 ans 1/2 meurt en 9 jours de méningite; grandes convulsions; ventre en bateau.

Quatre autre petits garçons ; l'un mort à cinq ans en huit jours et après convulsions — les trois autres à 7 mois — à 15 mois et à deux ans ayant aussi présenté des convulsions.

Antécédents personnels. — Beaucoup de convulsions dans l'enfance. Pas de maladie grave. Il y a 3 ans sans cause appréciable sans traumatisme ni émotion éprouva dans la jambe gauche de vives douleurs et resta pendant cinq mois, dans l'impossibilité de s'en servir. M. Giraudeau qui l'a vue à ce moment dans le service de M. Hallopeau (Hôpital St-Antoine) dit que c'était une paralysie.

N'a jamais eu de crises de nerfs, ni d'ovarie. Pas de clou hystérique, pas de boule, pas d'anesthésie. Caractère très capricieux — pleurs faciles. Jamais on a pu provoquer chez elle le sommeil hystérique. Présente une oligurie notable. Les urines de 24 heures n'ont pas dépassé 180 grammes. Depuis longtemps se plaint de douleurs vagues dans la colonne vertébrale.

Etat général excellent. Menstruation régulière.

Accidents récents et état actuel. — Il y a un mois environ, étant en parfaite santé, M... saute en jouant d'une hauteur de 1 mètre à 1^m,50, elle tombe à faux « son pied droit se retourne deux fois » Immédiatement apparaît l'enflure du cou-de-pied. Pendant 10 minutes elle ne peut absolument pas marcher.

Large ecchymose en avant de la malléole externe — Frictions — Pendant un mois elle peut marcher assez péniblement, son pied se tournant facilement en dedans.

Un soir (c'était le samedi) en montant l'escalier elle se tourne encore le pied et éprouve aussitôt une douleur plus vive que d'ordinaire. Le lendemain matin en descendant de son lit la douleur est très violente. Le pied est très enflé. L'ecchymose persiste. Il n'y a pas encore de déviation. Elle garde le repos. Mais dans la nuit du dimanche au lundi le pied se tourne peu à peu sans douleur spéciale ni crampe dans le mollet.

La déviation s'établit dans la journée du lundi, le mardi matin

elle est complète et le lendemain mercredi 22 avril elle vient à l'hôpital.

A l'exploration. Résistance très vive au redressement qui est impossible, douleur intense au contact. Tendon d'Achille rigide et vibrant. Péroniers latéraux flasques.

Pas de rougeur et peu de gonflement.

Traitement. — L'électricité diminuait la douleur et sous l'influence du courant le pied pouvait se redresser par contracture des péroniers latéraux. Pas d'amélioration dans la contracture.

On a recours alors aux aimants à distance, aux frictions, au massage, au cataplasme de Trousseau, aux douches, aux bains sulfureux et au bromure de potassium à l'intérieur, mais tout cela sans aucun résultat. Les douches ont plutôt exaspéré la contracture.

La malade sort le 14 juillet dans le même état qu'à son entrée et revient le 22 juillet.

Le 14 Août (vendredi). M. Gaucher suppléant. M. Dieulafoy pendant les vacances, fait donner le chloroforme à la malade et avant même la période de résolution la contracture musculaire cède facilement. On applique un appareil plâtré.

Le soir l'appareil est dévié et on peut constater que la pointe du pied a encore de la tendance à se porter en dedans, mais sans grande force ; car on remet facilement le pied dans la rectitude et il s'y maintient.

Le samedi et le dimanche l'appareil reste en place.

Le lundi matin on l'enlève. Le pied est encore mollement dévié en dedans ; en saisissant la jambe et la plante du pied on peut assez facilement faire exécuter tous les mouvements si toutefois on maintient le genou dans la demi-flexion. — Pendant ces premiers mouvements communiqués on sent très nettement sous la main des craquements articulaires, qui pendant deux ou trois jours sont douloureux, — preuve qu'il devait y avoir de légères lésions articulaires.

Frictions et massage des muscles et de l'articulation.

Peu à peu les mouvements communiqués sont moins douloureux et l'articulation plus souple. Le pied se dévie moins en dedans. Le tendon d'Achille a complètement perdu sa rigidité. Deux jours après l'enlèvement de l'appareil, la malade commence à marcher, avec précaution, en s'appuyant sur les lits. L'électrisation des péroniers latéraux achève le redressement du pied, et le lundi 24 août, après plusieurs jours d'efforts de contraction volontaire, la déviation a presque disparu, la marche est rassurée et la tonicité est revenue dans les péroniers latéraux, 26, 27, 28 août. — La contracture n'a plus aucune tendance à reparaitre — encore un peu de gonflement de l'articulation avec quelques douleurs légères.

OBSERVATION XII (résumée)

Coxalgie hystérique. suite de traumatisme, par M. Huet, interne des hôpitaux.

La nommée Berg, domestique, actuellement âgée de 25 ans, est entrée à la Salpêtrière, le 17 octobre 1884, dans le service de M. Legrand de Saulle.

D'après les renseignements donnés par la malade et par une de ses tantes, il n'y aurait pas d'antécédents nerveux ni vésanique dans la famille, ni du côté des parents directs ni du côté des collatéraux.

Berg... aurait joui d'une très bonne santé jusqu'à dix-huit ans ; elle n'a pas eu de convulsions dans son enfance, a été propre de bonne heure et depuis n'a pas uriné au lit. Réglée à quinze ans, n'a jamais eu d'attaques de nerfs avant l'âge de dix huit ans. A ce moment elle était domestique aux environs de Rennes, dans un château où elle était chargée du soin des enfants, lorsqu'elle eut, dit-elle, une grande peur, à la suite de laquelle elle eut sa première attaque avec chute, perte de connaissance et convulsions. Depuis lors elle a continué à avoir souvent des crises semblables. Elle resta quelque temps à Rennes, où elle fut soignée pendant

plus d'une année à l'hôpital, puis elle vint à Paris chez une tante, où elle a demeuré jusqu'à son entrée à Sainte-Anne.

Berg... continua à avoir des attaques assez fréquentes; elle avait mauvais caractère, était très indocile, difficile à vivre, et sa tante se décida à la placer à Sainte-Anne, où elle est entrée le 3 février 1884. Elle y resta huit mois, et dans cet intervalle elle eut une fièvre typhoïde grave, mais dont elle s'est bien rétablie.

Transférée à la Salpêtrière le 17 octobre 1884, elle a continué à avoir des attaques à intervalles irréguliers, mais assez rapprochés.

Suivent les phénomènes qui tiennent de l'hystérie et de l'épilepsie.

L'état de la malade, dans la première moitié de l'année 1885, était le suivant : Berg... est de taille moyenne, robuste, bien constituée. Elle a l'habitus extérieur d'une hystérique, soignée dans sa toilette, dans la façon de se coiffer, recherchant les couleurs voyantes, en particulier les rubans rouges, aimant à attirer l'attention sur elle.

Elle a toujours son caractère difficile, sa même indocilité. Il n'existait pas alors d'anesthésie, pas de points douloureux dans les régions ovariennes, mammaires, dorsale; pas de points hystérogènes. A la fin de 1884 et dans le courant de 1885, elle a eu plusieurs fois des hémoptysies, bien que les poumons soient sains, qu'il n'y ait aucun signe de tuberculose et qu'il n'existe aucune lésion cardiaque. La menstruation est régulière, elle n'a fait défaut qu'une seule fois dans le mois de juillet 1885 (c'est dans ce mois qu'a débuté la coxalgie hystérique que nous allons rapporter bientôt).

A deux ou trois reprises, Berg... a eu des douleurs rhumatismales dans les articulations tibio-tarsiennes, les genoux, les poignets, les épaules; pas dans les hanches. Ces douleurs la tenaient une semaine environ au lit, s'accompagnaient de peu de gonflement. Il n'y avait pas ou peu de fièvre.

C'est dans le mois de juillet qu'a eu lieu le début de la coxal-

gie hystérique à la suite d'un traumatisme et d'une attaque; en effet, le 24 juillet 1885, pendant une de ses attaques, Berg... est tombée sur la hanche du côté droit et s'est fortement contusionnée à ce niveau. Malgré les douleurs occasionnées par ce traumatisme, Berg... continua à se lever et à marcher, et ce n'est que cinq jours après, le 29, qu'elle resta couchée à la visite du matin et attira notre attention sur sa hanche. Il existe une large ecchymose au niveau de la région trauchantérienne du côté droit, remontant un peu sur la fesse et descendant sur le tiers de la face externe de la cuisse. La malade accuse une douleur au niveau du grand trochanter; cette douleur augmente par la pression et s'étend vers le pli de l'aîne.

En outre de la contusion qui a laissé cette large ecchymose que nous avons signalée, il existe une contracture des muscles qui entourent la hanche, contracture qui immobilise en partie l'articulation, détermine la légère saillie du grand trochanter et le raccourcissement de tout le membre par l'élévation de l'os coxal. La sensibilité cutanée est normale; la malade sent la piquûre et le pincement également bien du côté droit et du côté gauche, sur toute la surface du corps.

Les jours suivants les choses restent dans le même état; la douleur accusée par la malade siège principalement au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure; elle existe aussi, mais moins forte, dans le pli de l'aîne, au niveau du grand trochanter et en arrière dans la fosse iliaque externe.

8 et 9 août. Electrisation faradique des muscles qui entourent la hanche; la contracture persiste, elle paraît même augmenter; la malade accuse en plus de la douleur au niveau du genou (à la partie postérieure dans le creux poplité). Dans la nuit Berg... souffre beaucoup de sa jambe, la cuisse se fléchit sur le bassin et la jambe sur la cuisse, mais le membre n'est pas immobilisé dans cette position et le matin nous pouvons le redresser sans trop de difficulté. Il n'y a toujours pas de rotation ni en dehors, ni en dedans. Les mouvements passifs d'extension et de flexion restent assez étendus, les mouvements d'abduction et de rotation de la

cuisse en dehors à peu près nuls, les mouvements d'abduction et de rotation en dedans très limités ; lorsqu'on essaie de produire ces mouvements le bassin se trouve entraîné tout d'une pièce, ce que l'on constate facilement en embrassant l'os coxal avec la paume de la main et les doigts et en appliquant le pouce sur l'épine iliaque antéro-supérieure.

La sensibilité reste normale des deux côtés. Le raccourcissement est toujours assez considérable, dans la station et dans la marche, Berg... n'appuie toujours à terre que la pointe du pied.

11 août. M. Féré, auquel M. Legrand du Saulle montre la malade, confirme l'absence de fracture et de luxation et constate le raccourcissement de 5 à 6 centimètres, l'inégalité de hauteur entre les épines iliaques, la déformation du pli fessier, la contraction des muscles et en particulier celle du carré lombaire. Ce muscle est très dur et empêche de déprimer l'espace compris entre la crête iliaque et les fausses côtes, espace plus restreint du côté droit que du côté gauche par suite de l'élévation de l'os coxal.

On permet à la malade de se lever et de rester sur un fauteuil. Les jours suivants, légère amélioration, la malade marche mieux, elle ne repose plus seulement sur la pointe du pied, mais sur une grande partie de la plante et le deuxième et le troisième jour légèrement sur le talon. La sensibilité reste normale jusqu'au 13 août.

Le 13 août, Berg... nous dit qu'elle ne sent plus sa jambe, que celle-ci lui paraît être, « comme du coton ». L'exploration de la sensibilité par la piqure, le pincement, le chatouillement, montre qu'il y a anesthésie du pied et de toute la jambe jusqu'au dessus du genou, le reste du côté droit conservant sa sensibilité, de même que tout le côté gauche.

Le lendemain, 14 août, l'anesthésie a gagné la cuisse, occupant le membre inférieur droit tout entier, le membre supérieur et la face restant sensibles.

Le 15 août, l'anesthésie s'étend au membre supérieur ; enfin le 16, elle est totale du côté droit, ayant gagné aussi la tête et la face ; il y a hémianesthésie complète. L'examen du champ visuel

montre un rétrécissement très notable à droite, tandis que à gauche il reste très étendu. Le champ visuel des couleurs est également rétréci du même côté.

18 août. — L'application de l'aimant n'a rien modifié. Il n'y a pas eu de transfert. La métallothérapie, employée les jours suivants, n'a amené également aucun changement.

Cependant, le raccourcissement diminue spontanément certains jours ; de 6 à 5 centimètres, il tombe à 3 centimètres, pour augmenter de nouveau à l'occasion de la moindre émotion ou de la moindre contrariété. La marche et la station debout sont en rapport avec le raccourcissement et le degré de contracture. Quand le raccourcissement est très prononcé, Berg... n'appuie que la pointe du pied ; quand le raccourcissement est moindre, elle appuie aussi la plante du pied, et le talon même arrive jusqu'au contact du sol, mais ne repose toujours que légèrement, la malade prenant principalement son point d'appui sur la partie antérieure du pied. Berg... marche toujours en traînant la jambe derrière elle, repose bien moins de temps sur la jambe droite que sur la gauche ; jamais elle ne se sert de canne. Si l'anesthésie cutanée persiste, l'hypéresthésie des parties profondes au niveau et autour de l'articulation de la hanche persiste également ; il existe toujours de la douleur en arrière dans la fosse iliaque, en avant dans le pli de l'aîne et vers l'angle supérieur et antérieur de l'os iliaque ; cette douleur, peu intense lorsque la malade est au repos, augmente par le mouvement, principalement pendant la marche ; elle s'exagère aussi lorsque l'on frappe, même très légèrement, sur le grand trochanter, sur le genou, ou sur le talon.

25 août. — Pendant que nous examinons la hanche malade, nous avons l'occasion d'observer l'influence d'une émotion sur le raccourcissement. Celui-ci n'était tout d'abord que de 2 à 3 centimètres, mais tout à coup, la malade étant contrariée de se trouver découverte, le raccourcissement augmente subitement et la différence de niveau entre les deux talons s'élève à 6 centimètres. En même temps, la main qui explorait la hanche sent les muscles

avoisinant cette articulation, et principalement le carré lombaire, se durci ret se contracturer beaucoup plus qu'ils ne l'étaient; les douleurs deviennent également plus intenses. La contracture s'étend même aux muscles de la jambe, le pied droit se place fortement en équin et légèrement en varus, mais cette contracture des muscles de la jambe n'est que passagère et disparaît au bout de quelques instants; la contracture des muscles péricoxaux, au contraire, se maintient, et le raccourcissement reste beaucoup plus prononcé qu'il n'était au début de l'examen; il diminue de nouveau dans la journée et les jours suivants.

* 2 septembre. — L'état de la malade est toujours le même.

5 octobre. — Pendant tout le mois précédent, il y a eu peu de modifications à signaler. Cependant nous constatons que la sensibilité est revenue dans le côté droit, et que la piqûre est sentie de ce côté presque aussi bien que du côté opposé. Mais l'hémi-anesthésie reparait bientôt du côté droit; le 8 octobre elle existe et depuis nous l'avons retrouvée toutes les fois que nous avons exploré la sensibilité.

Le 25 octobre, apparaissent de nouveaux accidents, liés à l'hystérie : Berg... se plaint d'uriner difficilement et de souffrir beaucoup en urinant. Dysurie, oligurie, rétention d'urine.

Ces accidents disparaissent à partir du 14 novembre. Jusqu'au 20 janvier 1886, la coxalgie persiste sans modification notable.

15 mars. — L'état de Berg... s'est peu modifié. La coxalgie présente à peu près les mêmes caractères.

Et, si ce n'est que les mouvements qui se passent dans la hanche sont un peu plus étendus, l'état est à peu près le même que dans les premiers temps. (1)

(1) Nous apprenons au dernier moment que cette malade, étant dans l'état hypnotique provoqué, on lui suggéra qu'il fallait marcher, si elle voulait assister au bal de l'hospice. A son réveil on constata une diminution de la contracture et dix jours après on la voyait au bal annuel de la Sapêtrière danser toute la nuit.

CHAPITRE II

HISTORIQUE.

Brodie est le premier auteur qui signale le traumatisme comme cause de contracture sans lésion organique chez les hystériques. Voici comment à ce sujet s'exprime le professeur de Londres dans ses mémorables leçons sur l'hystérie locale (1).

Il arrive très souvent, dit-il, que des symptômes d'hystérie locale semblent se rattacher à quelque traumatisme accidentel ordinairement très léger ; assez fréquemment une jeune femme se pique ou se pince le doigt. Bientôt après survient une douleur partant du doigt et s'étendant le long du bras et de l'avant-bras, puis quelquefois il se produit une action convulsive de muscles du bras ou une contracture des muscle fléchisseurs de ce segment de façon que l'avant-bras est maintenu en flexion au moins pendant la veille, car ce spasme cède en général pendant le sommeil.

En 1865, Crolas dans sa thèse inaugurale (2) cite une observation de Teissier de Lyon dans laquelle le traumatisme se trouve signalé comme précédant la contracture aidée peut-être par les vésicatoires et les badigeonnages iodés

1. Brodie, — Leçons sur les affections nerveuses locales, 1837. — Traduites par Douglas Aigre. — Progrès médical, 1879-80.

1. Crolas, — De la coxalgie hystérique, — thèse de Montpellier, 1865.

prescrits en vue de la guérison d'une prétendue arthrite légère qui devient plus tard une contracture franchement hystérique.

Dans l'*Union médicale* de 1876 nous trouvons une très curieuse observation prise dans le service de M. Trélat à la Charité (1). Là encore le traumatisme est noté dans les antécédents d'une coxalgie reconnue plus tard hystérique ; mais il n'est établi aucune relation entre ce traumatisme et la contracture consécutive.

De même dans un intéressant mémoire de M. Lasègue (2) qui contient deux cas très probants de contracture hystérique à la suite du traumatisme.

Depuis Brodie il faut arriver à M. le professeur Charcot pour voir établir nettement les rapports intimes qui existent entre le traumatisme et certaines contractures hystériques. C'est au mois de décembre 1877 que commence la série des leçons faites sur ce sujet par l'éminent professeur de la Salpêtrière. En 1882, il apporte deux observations et complète alors l'histoire de la contracture hystéro-traumatique à laquelle, depuis, rien n'a été ajouté, du moins au point de vue clinique.

Un fait nouveau a été recueilli dans le service de M. Legrand du Saule et publié dans le *Progrès médical* du 24 avril dernier.

Enfin nous apportons à notre tour le fait inédit encore, qui a donné lieu à la conférence si intéressante de M. Dieulafoy, en avril 1885.

1. *Union médicale*, 1876, T. I, p. 511.

2. Lasègue. — Des hystéries périphériques. — *Archives générales de médecine*. — 7 juin 1878.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE — SYMPTOMATOLOGIE.

En présence du petits nombre de faits que nous possédons, il est impossible de rien affirmer sur le siège de prédilection de la contracture hystéro-traumatique. Si nous avons six cas de contracture des muscles de la hanche, nous ne pouvons y voir qu'une coïncidence, et si la contraction se trouve désormais plus fréquente dans certaines régions, ce sera sans doute dans les régions le plus exposées au traumatisme.

Les traumatismes les plus divers ont provoqué les contractures. Dans l'observation I notamment le traumatisme agit d'une façon assez complexe et n'est peut-être pas ce que l'on croirait au premier abord. En effet après une première chute sur la hanche gauche le sujet n'éprouve qu'une légère douleur dans le pli de l'aîne du même côté, douleur reparaissant de loin en loin. Huit ans après, nouvelle chute, douleur alors plus violente mais sans raccourcissement ni déformation de la hanche et le malade continue à marcher quoique péniblement. A ce moment intervient un diagnostic erroné qui entraîne une thérapeutique intempestive. On fait des badigeonnages iodés et on applique une série de vésicatoires. Dès la première tentative de révulsion la con-

tracture se déclare nettement et va s'accusant de jour en jour à mesure que les révulsifs se répètent.

Ailleurs (obs. IV) c'est un faux pas avec sensation de tiraillement dans la hanche qui produit la contracture, une chute sur la hanche avec large ecchymose (Obs. XII) — ou sans ecchymose ni gonflement (obs. II et X). Dans l'observation VII une chute dans un escalier ayant laissé une ecchymose de la malléole externe a été suivie d'une contracture de tout le membre.

L'obs. XI nous montre un pied bot sans équin à la suite d'une entorse légère du cou-de-pied.

Ici c'est le heurt du dos de la main (obs. V) — le serment de l'avant-bras entre un mur et un plateau tournant (obs. VI) qui précèdent la contracture.

Là c'est une plaie insignifiante du dos de la main, guérie au bout de quatre ou cinq jours (obs. IX). Une brûlure par une barre de fer rougie à blanc (obs. VIII). Une inflammation passagère de la conjonctive (obs. III).

Dans l'appendice du premier volume des leçons de M. Charcot il est question d'un cas où à la suite d'une chute sur le dos de la main on vit survenir une contracture du poignet qui dura plusieurs mois; il a observé le même phénomène à la suite du froissement de la main dans l'engrenage d'une machine; une autre hystérique qui avait eu le dos fortement pressé contre le barreau d'une chaise, fut atteinte d'une contracture du pied. Ajoutons que volontairement, chez certaines des hystériques vulgaires, on peut par la percussion du tendon rotulien, du tendon d'Achille, etc., déterminer une contracture parfaitement caractérisée, qui pourra durer plusieurs heures.

Nous le voyons, ces traumatismes différents, si quelques-

uns sont assez sérieux, peuvent aussi avec les mêmes conséquences, être extrêmement légers, constitués par une simple contusion, une piqure (Brodie), une plaie insignifiante à peine douloureuse, l'application d'un vésicatoire ou simplement de la teinture d'iode, comme M. Huchard dit en avoir observé un cas. Il n'y a donc aucune relation nécessaire entre l'intensité du traumatisme et celle des phénomènes de la contracture. La raison est que l'hystérie est une maladie diathésique et l'on sait depuis longtemps que certaines affections subordonnées à une maladie diathésique se développent quelquefois à l'occasion (des causes les plus banales. Ici le traumatisme est d'autant plus intéressant à étudier que la contracture qu'il détermine est la plupart du temps la première manifestation de la diathèse hystérique

Et il n'est pas rare, dit Mossé, de voir des accidents, désignés sous le nom d'hystérie locale précéder tout autre symptôme hystérique ; c'est ainsi, ajoute-t-il, que chez les petites filles destinées à devenir plus tard des hystériques avérées, il est assez fréquent de voir le traumatisme déterminer les contractures qui permettent par leurs caractères et par leur marche de reconnaître la nature hystérique de ce désordre fonctionnel. « De l'hystérie chez l'homme, Mossé, 1883. »

Les faits que nous avons trouvés dans les leçons de M. le professeur Charcot sont très précis à cet égard. Une seule fois (Obs. VII) sur cinq, l'hystérie se retourne dans les antécédents et encore faut-il remarquer dans ce cas particulier, qu'au moment où se produit le traumatisme, les crises hystériques à proprement parler, ont cessé complètement depuis 4 ou 5 ans pour faire place aux crises épileptiques, la malade ayant été au début une hystéro-épileptique à crises

distinctes. Dans les quatre autres faits, à peine si l'on trouve avant la contracture quelques irrégularités dans le caractère, mais jamais d'attaques de nerfs, pas d'ovarie, pas de boule, pas de convulsions d'aucune sorte.

Des sept observations qui restent deux ont présenté des manifestations hystériques que l'on pourrait appeler anormales à cause de leur rareté. La malade de Decaisne (Obs. II) raconte en effet avoir subi plusieurs ponctions abdominales qui ont donné issue soit à des gaz, soit à du liquide ; on avait probablement affaire dans ce cas au tympanisme abdominal des hystériques.

Chez la malade de Legrand (Obs. XI) on trouve dans les antécédents une paralysie de la jambe gauche qui dura cinq mois et de l'oligurie.

Seule la malade Huet (Obs. XII) a eu avant sa contracture de nombreuses attaques de nerfs avec chute, perte de connaissance et convulsions, dont la nature restait douteuse étant données leur forme épileptoïde et la présence de vertiges, au point que l'on se demandait si l'on avait affaire à une hystérique ou à une épileptique.

D'autre part nous remarquerons que presque tous nos sujets sont jeunes. Aussi nous croyons-nous en droit de conclure avec M. le professeur Charcot « Que les traumatismes ne provoquent guère ces accidents que chez les sujets jeunes et vierges encore de toute marque un peu prononcée d'hystérie généralisée et que l'hystérie ovarienne une fois développée et établie avec tout son appareil de symptômes, les lésions mécaniques ne paraissent plus produire les mêmes effets. »

Symptômes. — Nous ne décrirons pas ici l'aspect exté-

rieur de la contracture hystéro-traumatique qui se présente avec le même cachet que la contracture hystérique en général. Notre but est seulement de mettre en relief les circonstances diverses qui précèdent ou accompagnent la contraction. En effet une fois constituée la contracture hystérique quelle que soit sa cause occasionnelle, ne diffère extérieurement que par la région qu'elle occupe, l'anatomie pathologique non encore connue devant être la même, puisque la terminaison, le plus souvent soudaine, est la même de part et d'autre.

De la confrontation des faits il ressort que le mode de début de la contracture est *immédiat* ou *médiate*.

Est-il *immédiat* ? Aussitôt après le choc traumatique, la contracture se produit brusquement et complète. Ainsi B... (Obs. VII) fait une chute dans un escalier, deux compagnes sont obligées de la relever, mais immédiatement la marche est devenue très difficile et la raison de cette difficulté se trouve dans l'existence d'une rigidité survenue dans toutes les jointures (hanche, genou, cou-de-pied) du membre inférieur gauche qui a supporté le choc.

La malade de Decaisne (obs. II) tombe sur la hanche droite, aussitôt elle éprouve une vive douleur et en même temps il lui est impossible de marcher, de même que celui de Mossé (obs. X) qui fait une chute sur la hanche, perd connaissance et en revenant à lui ne peut avancer.

Si la contracture est *médiate*, elle débute alors quelques instants ou plusieurs jours après le choc. Dans certains cas c'est un mois (obs. XI) et même sept semaines (obs. VIII) après le traumatisme qu'apparaît la contracture.

Et alors elle n'est pas complète dès les premiers moments, mais graduelle commençant par exemple par un

doigt pour envahir successivement tous les autres en quelques heures. Que la contracture soit donc médiate ou immédiate nous la voyons dans chacun de nos faits survenir en quelque sorte subitement et arriver à son maximum tout d'un coup. « C'est là, comme le dit M. Charcot, un des apapages de la contracture spasmodique des hystériques par opposition aux contractures de cause organique. De plus dans l'intervalle de temps qui sépare le traumatisme du moment de la contracture définitive apparaissent certains phénomènes qui ne manquent dans aucun des faits que nous citons et qui pourraient dès lors mettre sur la voie de la contracture à venir. Le forgeron (obs. VIII) remarque quelques heures après l'accident que son bras est lourd, ses objets difficiles à remuer et comme engourdis. Plus tard la veille du jour où se produit la contracture il éprouve de violentes douleurs dans le bras et il ne peut dormir.

Dans le fait de Crolas (obs. I) c'est après la chute une légère douleur dans le pli de l'aîne ; cette douleur reparait de temps en temps, plus violente après une 2^e chute, et à la suite de révulsifs répétés.

Mlle X..., (obs. IV) à la suite d'un faux pas éprouve un tiraillement dans la hanche et le soir une très vive douleur qui précède la contracture de deux ou trois jours.

Mais ce qu'il n'est pas moins intéressant de signaler c'est l'apparition en même temps, que la contracture d'autres symptômes de la névrose hystérique.

B... (obs. VII) ne présente plus de stigmates de l'hystérie depuis plusieurs années : l'hémianesthésie qui occupait le côté droit n'existe plus. Elle tombe sur la hanche gauche et aussitôt on constate avec la contracture l'hémianesthésie occupant cette fois tout le côté gauche, les mem-

bres, le tronc, la face, à l'exception des parties qui avoisinent les organes des sens.

Hortense X... (obs. VI) voit apparaître après cessation brusque d'une contracture du bras droit une paralysie complète du bras et de la jambe du même côté.

On a l'idée alors d'explorer la sensibilité et l'on découvre une ovarie droite très accentuée et une abolition complète de la sensibilité dans toute la moitié droite du corps.

Chez le forgeron (obs. VIII) on trouve : 1° de l'hémianalgésie gauche, la piqure ne provoque pas de douleur mais une simple sensation de contact. Le froid est bien moins perçu dans toute la moitié gauche du corps ; 1° Une obnubilation très marquée du goût, de l'ouïe et de l'odorat.

La malade de l'obs. IX qui n'avait accusé aucun accident hystérique est, au moment de la contracture, atteinte d'ovarie gauche, occupant non-seulement la main, mais les deux membres, le tronc et la tête.

Chez la malade de Huet (obs. XII) le traumatisme a lieu le 24 juillet et le 29 on constate la coxalgie. Jusqu'au 13 août suivant la sensibilité reste normale. Ce jour-là elle dit qu'elle ne sent plus sa jambe qui lui paraît être « comme du coton ». En effet il y a anesthésie du pied et de toute la jambe jusqu'au dessus du genou, le reste du côté droit conservant sa sensibilité ainsi que le côté gauche. — Le lendemain l'anesthésie a gagné la cuisse — Le 15 août l'anesthésie s'étend au membre supérieur ; enfin le 16 elle est totale du côté droit, ayant gagné aussi la tête et la face ; il y a hémianesthésie complète. L'examen du champ visuel montre un rétrécissement très notable à droite, tandis qu'à gauche il reste très étendu.

CHAPITRE IV

· DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. MARCHE. DURÉE. TERMINAISON.

• Le diagnostic est ici de la plus haute importance, car les états pathologiques qui accompagnent les contractures sont fort distincts les uns des autres, et si le pronostic diffère, le traitement non plus n'est pas le même ; tandis que sous l'influence du chloroforme la contracture hystérique se dissipe, la contracture cérébrale persiste de même que la rigidité de la paralysie agitante, de même que les difformités ; il est basé sur trois chefs principaux :

1° Sur l'*intensité* de la contraction qui se présente rarement à ce degré quand elle est due soit à une lésion organique, soit à une lésion scléreuse de la moelle et de l'encéphale, soit même à la névrite ascendante de Duchenne de Boulogne.

2° Sur l'*installation rapide* et la *permanence absolue* au même degré nuit et jour. Chez les hémiplegiques, en effet, la contracture se relâche ordinairement en partie sous l'influence du sommeil ;

3° Sur les *circonstances* qui ont précédé et accompagnent actuellement la contracture.

Aussi, est-il indispensable de rechercher attentivement les antécédents nerveux personnels et d'explorer la sensibilité tant générale que spéciale.

Avec les éléments précédents, on arrive parfois à un diagnostic des plus probables. Seul, le chloroforme permet d'affirmer si l'on a affaire ou non à une contracture *sine materia*, et c'est après avoir eu recours au sommeil chloroformique que l'on pourra instituer tel ou tel mode de traitement que l'on jugera convenable.

Si nous en croyons les douze faits que nous rapportons ici, la durée de la contracture hystéro-traumatique ne semble pas devoir être longue. Deux fois seulement on n'en constate pas la terminaison, et encore, dans un cas, après six semaines, la malade améliorée quitte l'hôpital (obs. II). Dans l'autre cas (obs. IX), la contracture persiste depuis un an et il n'est pas fait mention plus tard de la cessation de la contracture. C'est la seule observation qui constate une émaciation légère du membre contracturé ; l'avant-bras et le bras ont en effet un centimètre de moins en circonférence que du côté opposé. Toutefois, ajoute M. Charcot, c'est plutôt un amaigrissement dû au repos prolongé qu'une atrophie musculaire.

Dans les dix autres observations la contracture ne dépasse pas six mois, et nous la voyons disparaître alors, soit subitement, après avoir essayé vainement les traitements les plus divers, soit graduellement, sous l'influence d'un traitement.

C'est ainsi que la malade de l'observation I, la veille du jour où les médecins doivent venir la mettre dans la gouttière de Bonnet, s'aperçoit que ses douleurs ont disparu, et le lendemain se lève et marche.

Obs. III, IV, V et VI. — La contracture disparaît brusquement sans cause appréciable et sans traitement actif.

Obs. VII. — Disparition de la contracture à la suite de l'application d'un aimant au niveau du membre contracturé.

Obs. VIII. — Les douleurs qu'éprouve le malade sont si violentes qu'il souhaite l'amputation de son bras. On le soumet au chloroforme et à la partie supérieure du bras on pratique l'élongation du nerf médian. A partir de ce moment les douleurs cessent et la contracture disparaît graduellement.

Obs. II. — C'est après la chloroformisation que les douleurs diminuent et que la contracture commence à céder. De même que dans notre observation XI, la contracture diminue après le sommeil chloroformique aidé d'un appareil plâtré laissé en place deux jours, et du massage de la région contracturée.

CHAPITRE V

TRAITEMENT.

Dans ses leçons sur l'hystérie locale, Brodie arrivé au traitement, formule son opinion dans les deux axiomes suivants, qu'il recommande de ne jamais perdre de vue :

1° « Les symptômes hystériques disparaissent souvent d'une manière subite, sans qu'on puisse expliquer leur disparition d'une façon satisfaisante ».

2° « Il arrive encore plus souvent que des symptômes hystériques guérissent immédiatement à la suite d'une forte impression quelconque sur le système nerveux ».

« Aussi, ajoute-t-il plus loin, les conseils que j'aurais à vous donner à ce sujet seront d'ordre purement négatif. Il ne s'agit pas tant en effet de ce que vous devez entreprendre que de ce dont vous devez savoir vous abstenir ».

Faut-il en conclure, que le médecin en face d'une contracture hystéro-traumatique soit complètement désarmé ; nous ne le croyons pas et si dans ces cas on a certainement plus à attendre du hasard, on peut néanmoins tenter les moyens qui ont réussi quelquefois. Dans un cas, la contracture a cédé devant un aimant placé en présence du membre contracturé.

Trois fois dans nos observations, nous voyons après la chloroformisation se produire une diminution de la contrac-

ture, que l'on peut attribuer au redressement non douloureux des muscles contracturés, soit à l'action du chloroforme sur les centres nerveux, action peut être comparable à celle produite par une impression vive.

Enfin la malade de Huet guérit après suggestion. D'autre part M. le professeur Damaschino nous dit avoir actuellement dans son service un sujet chez lequel une contrature hystérique d'origine traumatique a cédé à la suggestion hypnotique.

CHAPITRE VI.

CONCLUSIONS.

Si dans l'étude que nous venons de faire nous avons entièrement laissé de côté l'anatomie et la physiologie pathologiques, c'est pour avoir cru au-dessus de notre compétence d'entrer dans la voie d'hypothèses qu'il serait très long et très difficile d'exposer et d'apprécier à leur juste valeur.

Toutefois de notre travail, on peut, il nous semble, dégager les conclusions suivantes :

1° Chez les hystériques, le traumatisme quel qu'il soit, grave ou léger, peut déterminer une contracture permanente.

2° Les sujets frappés de ces contractures, parfois ont présenté déjà des manifestations hystériques, mais le plus souvent ils en sont vierges et le traumatisme qui provoque la contracture devient alors l'occasion d'autres accidents de cette névrose.

3° La contracture est *immédiate* c'est-à-dire se produit instantanément et d'emblée aussitôt après l'accident ou *médiate* et suit de plus ou moins loin le traumatisme. Dans ce dernier cas elle s'installe toujours très rapidement en l'espace de quelques heures.

4° La durée de la contracture hystérotraumatique comme de toute manifestation hystérique est indéterminée. Et le

diagnostic de la nature ne peut-être affirmé de façon, pour ainsi dire absolue qu'avec le chloroforme.

5° S'abstenir de tout traitement actif et par conséquent rejeter toute sorte de révulsion, de traction et de réduction violente du membre contracturé. Quant à la suggestion comme moyen thérapeutique, à l'avenir seul de nous en faire apprécier la valeur en apportant de nouvelles observations.

Vu :

le président de la thèse,

DAMASCHINO.

Vu :

Le doyen de la Faculté,

BÉCLARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

